

De Klant is Koning, ook in de Gezondheidszorg!

Citation for published version (APA):

van Mierlo, J. G. A. (2003). De Klant is Koning, ook in de Gezondheidszorg! In W. Groot, W. Brouwer, & H. V. Lienden (Eds.), *Gezondheid: een kapitaal goed! Naar een economie van de public health* (pp. 78-85). Public Health Forum (PHF).

Document status and date:

Published: 01/01/2003

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

De Klant is Koning, ook in de Gezondheidszorg!

Bijdrage aan Bundel PH-Forum

‘Investeren in Gezondheidskapitaal via Preventie Loont’

door

Hans van Mierlo

28 oktober 2003

Prof Dr J.G.A. van Mierlo is als hoogleraar Openbare Financiën verbonden aan de Faculteit der Economische Wetenschappen en Bedrijfskunde van de Universiteit Maastricht. Email: h.vanmierlo@algec.unimaas.nl

Inleiding

Het verbaast mij telkens weer dat in discussies over stelselherziening in de (Nederlandse) gezondheidszorg de rol van de patiënt/consument/klant nauwelijks wordt belicht. Het is te gemakkelijk om te veronderstellen, dat door bevordering van marktwerking in de (medisch-specialistische) zorg (zie het recente RVZ-advies!) de belangen van de klanten automatisch worden behartigd door de ziektekostenverzekeraars als hun zaakwaarnemers. Dit gaat voorbij aan allerlei principaal/agent-problemen die kunnen optreden op de ziektekostenverzekeringenmarkt. Marktwerking is nodig op alle drie de deelmarkten in de gezondheidszorg: de ziektekostenverzekeringenmarkt, de verrichtingen-/verstrekkingenmarkt en de zorginkoopmarkt. De markttheorie leert ons onder welke voorwaarden de klant koning is en hoe die voorwaarden kunnen worden verwezenlijkt.

Het bekende adagium van Knut Wicksell: “Ultimately, each person can only speak for himself!” hoort ook in de in de gezondheidszorg te gelden. Laten wij eens bezien hoe wij vandaag de dag dit adagium vorm kunnen geven. Ik gebruik daarbij overigens de stijlfiguur van de hyperbool om de kern van mijn betoog helder over het voetlicht te krijgen. Nuanceringen volgen vanzelf wel in het beleidsdebat, daarmee moeten wij niet beginnen maar wanneer nodig slechts eindigen.

Het aloude ideaal van ‘Consumentensoevereiniteit’

Laten wij om te beginnen eens teruggaan naar het aloude ideaal van ‘Consumentensoevereiniteit’. In de micro-economische prijstheorie en in de daarop gebaseerde welvaartstheorie wordt het uitgangspunt (zo niet postulaat) gehanteerd, dat alleen de voorkeuren van de individuele consumenten tellen. Alléén hun voorkeuren tellen en de collectieve welvaart wordt alléén daaraan afgemeten. In een democratische orde en dito volkshuishouding dient de produktie vraaggestuurd te zijn en alleen dan is er sprake van marktwerking die tot collectieve welvaartsmaximalisatie leidt. Daar is zelfs een heuse marktform op gemodelleerd: die van volkomen en vrije mededinging, ofwel het bekende vvm-model.

Vervolgens hebben markteconomen aangetoond, dat de markt kan leiden tot een optimale allocatieve efficiëntie, waardoor de collectieve welvaart wordt gemaximaliseerd. Dat is het geval als de markt aan bepaalde technische voorwaarden voldoet. Voorwaarden zijn onder meer een

gegeven prijs; geen marktmacht van vragers of aanbieders en dus voldoende vragers en aanbieders; volledige informatie en dus markttransparantie; homogene consumentenvoorkeuren; geen schaalvoordelen, externe effecten of collectieve goederen. Als aan al die voorwaarden wordt voldaan kan wiskundig worden bewezen, dat op die manier het bekende Pareto-optimum wordt bereikt (voor de liefhebbers: dit met behulp van de twee zogeheten ‘fundamentele welvaartstheorema’s’, zie Connolly en Munro, 1999).

Inbreuk via ‘merit/demerit’-overwegingen

Soms wordt het postulaat van consumentensovereiniteit toch niet gevolgd in de beleidspraktijk, maar zelfs bewust geschonden. Inbreuk op het postulaat van consumentensovereiniteit kan theoretisch worden verdedigd met behulp van zogenoemde ‘merit/demerit’-overwegingen die beleidsmakers kunnen hanteren. Dat begrip is overigens in de theorie van de openbare financiën geïntroduceerd door de nestor van het vakgebied, Richard Musgrave (1959).

Individuele voorkeuren worden in dat geval niet gevolgd omdat zij verkeerd worden gevonden. Soms weten beleidsmakers, lees de overheid, beter wat goed of niet goed voor ons dan wijzelf. Door een ‘paternalistische’ overheid worden individuele preferenties doorkruist. Dat gebeurt vooral op het terrein van de gezondheidszorg, waar ongezond gedrag wordt afgekeurd en zou moeten worden gestraft, en gezond gedrag wordt toegejuicht en zou moeten worden beloond. Met zulke (de)merit-overwegingen kan zelfs een heuse krokettenaccijns worden verdedigd. Collega Wim Groot heeft dat onlangs gedaan op grond van een ander argument, dat van de externe effecten die leiden tot kostenopdriving van de zorg. Beide argumenten leiden in dit geval tot dezelfde conclusie.

(De)merit-overwegingen mogen echter niet worden verward met het even zo klassieke externe effecten–argument om in te grijpen op de markt. In dat laatste geval worden de individuele voorkeuren geëerbiedigd, maar is er sprake van marktfalen waardoor de consumenten uiteindelijk toch hun zin niet kunnen krijgen. In het eerste geval worden de individuele voorkeuren zelf niet geëerbiedigd. Ik kom daarop hieronder nog terug.

Marktfalen en overheidsingrijpen

Als aan de voorwaarden voor het vvm-model niet wordt voldaan, is sprake van marktfalen. Te weinig vragers of aanbieders leidt tot marktmacht, waardoor prijzen niet meer gegeven zijn maar kunnen worden gezet. Onvolledige informatie leidt tot een asymmetrische markt en zet vragers of aanbieders op achterstand. Heterogene consumentenvoorkeuren maken productdifferentiatie, marktsegmentatie en monopolievorming mogelijk. Schaalvoordelen leiden tot natuurlijke monopolies en externe effecten tot prijsvertekening, en beide dus tot verkeerde economische beslissingen. Collectieve goederen leiden via het ‘prisoner’s dilemma’ en ‘free rider-ship’ tot suboptimale verschaffing ervan. De economische theorie van het marktfalen is ontwikkeld in de jaren zestig en vormt bijvoorbeeld ook de grondslag van het bekende boekje van de econoom E.J. Mishan over ‘The Costs of Economic Growth’ uit 1968.

Op de drie onderscheiden deelmarkten van de gezondheidszorg is sprake van velerlei marktfalen. Al deze categorieën van marktfalen nopen op een of andere manier tot overheidsingrijpen, maar daarmee is nog niets gezegd over de manier waarop de overheid moet ingrijpen. Marktwerving en het tegengaan van bepaalde categorieën van marktfalen vormen tezamen het fundament van de moderne Nederlandse en Europese mededingingspolitiek, al worden daardoor niet alle soorten marktfalen opgelost. In het mededingingsbeleid wordt het ideaaltypische

vvm-model vertaald in reaaltypische concepten van ‘workable competition’ en ‘contestable markets’, ofwel ‘werkbare mededinging’ en ‘betwistbare markten’.

Als de marktmacht van ondernemingen te groot wordt faalt de markt en dient mededingingsbeleid te worden gevoerd. De markt faalt ook als de maatschappelijke kosten van bijvoorbeeld risicogedrag niet in de prijzen van produkten of diensten worden verwerkt en dan zijn Pigoviaanse belastingen nodig om ons op het rechte pad te houden: de krokettenaccijns! De markt faalt wederom als maatschappelijke baten niet in de prijzen worden verwerkt. Dan zijn Pigoviaanse subsidies nodig, bijvoorbeeld voor onderwijs en voor onderzoek en ontwikkeling. De markt faalt tenslotte als relevante informatie ongelijk over marktpartijen is verdeeld. Bij ziektekostenverzekeringen kan dat worden verholpen door een acceptatieplicht. Op deze manier ontvouwt zich een breed scala van overheidsinstrumenten: informatieverstrekking, prijsbeïnvloeding, fysieke regulering en ge- en verboden.

Overheidsfalen en wat dan?

Dit is evenwel slechts de helft van het verhaal. In de organisatie van de publieke sector kennen wij inmiddels het pendant van marktfalen: zogeheten overheidsfalen. Marktfalen maakt het noodzakelijk dat de overheid ingrijpt in het economisch proces, maar de vraag hoe de overheid dat moet doen leidt tot een nieuwe ronde in het beleidsdebat. Het grote probleem van een overheid die sectoren van de marktsector overneemt om redenen van marktfalen – voorbeelden zijn elektriciteit, openbaar vervoer, telefonie, onderwijs en gezondheidszorg – is, dat elke prikkel ontbreekt om fatsoenlijke produkten en diensten te leveren. Dat inzicht heeft in de jaren tachtig geleid tot de formulering van de economische theorie van het overheidsfalen.

Een van de grondleggers ervan, de econoom Charles Wolfe (1993), onderscheidt vier categorieën van overheidsfalen: organisationele doelverschuiving (organisaties ontwikkelen gaandeweg andere doelstellingen dan waarvoor zij oorspronkelijk zijn opgericht), bureaucratische (X-)inefficiënties (kosten van verspilling en verkeerde bedrijfsvoering), nieuwe externe effecten van overheidsingrijpen (waardoor anderen dan de doelgroepen worden getroffen) en nieuwe ongelijkheden (verbonden aan privileges, machtsposities en middelenverdeling in de publieke sector).

Deze vier categorieën van overheidsfalen worden veroorzaakt door de specifieke vraag/aanbod-structuur in de publieke sector. Daarin ontbreekt immers een zogenoemd ‘rationeel prijssysteem’, waardoor vraag en aanbod in evenwicht worden gebracht en waardoor tekorten of overschotten worden geruimd. In de publieke sector is zo’n evenwichtsbevorderend mechanisme afwezig. Uiteindelijk kunnen de kosten van zulk overheidsfalen van overheidsinterventie daardoor groter worden dan de kosten van het oorspronkelijke marktfalen waarop het overheidsingrijpen was gericht. Ofwel: het middel kan erger zijn dan de kwaal.

Bestrijding van overheidsfalen door concurrentie

Als dat zo is zouden vooral socialisten, maar niet alleen zij (!), vooral wakker moeten liggen van de vraag: hoe kan zulk overheidsfalen worden beperkt? Het antwoord op die vraag luidt voor elke sector anders. Er zijn geen algemeen en eeuwig geldige antwoorden op deze vraag, want die hangen af van de specifieke sector en bedrijfstak in kwestie. Alle antwoorden hebben echter wel gemeen, dat gezocht wordt naar een manier om concurrentie in te bouwen.

Concurrentie kan plaats hebben op een echte markt, maar dat hoeft niet persé. Ook binnen de publieke sector en in de derde, non profit-sector kunnen concurrentiemechanismen worden ingebouwd (zie voor een variëteit van concurrentiemechanismen in de publieke sector bijvoorbeeld

Walsh, 1995). In dat geval wordt gesproken van een ‘gecontroleerd marktmechanisme’. Scholen kunnen best met elkaar concurreren om de klanten, evenals ziekenhuizen en woningcorporaties, zonder dat daar markten met echte ruiltransacties (‘quid pro quo’, zegt de econoom) aan te pas komen. Zulke markten worden ‘quasi-markten’ genoemd (naar LeGrandt en Bartlett, 1993). Soms is volledig privatisering naar een echte, reeds bestaande of nieuw te creëren markt verstandig, zoals bij de telefonie (KPN). Vaak echter ook niet als dat leidt tot private monopolies die slecht worden gereguleerd, zoals de NS.

Vier vormen van marktwerking

Echte of quasi-concurrentie gaat meestal hand in hand met contracten, waarin de ruiltransactie met prestatie en tegenprestatie wordt geregeld. Daarnaast zijn er ten minste drie andere vormen van marktwerking (Walsh, 1995, spreekt van ‘market mechanisms’): echte of quasi-prijsvorming (‘charging for public services’), interne markten, en agentschappen in combinatie met controle op afstand (‘devolved control’). Alle vier vormen van marktwerking kunnen in de publieke sector worden gehanteerd en zij hangen ook beleidsmatig nauw samen. Concurrentie krijgt vorm met behulp van impliciete of expliciete, gestandaardiseerde of op maat gemaakte contracten en leveringsvoorwaarden. Vervolgens worden daaraan gebruiksheffingen gekoppeld, waardoor klanten waar voor hun geld (‘value for money’) kunnen eisen. Interne verzelfstandiging van bedrijfsonderdelen leidt al snel tot de invoering van interne markten met controle op afstand en achteraf, op resultaat en niet op proces.

Dat alles ontstaat niet zo maar of uitsluitend spontaan, maar moet worden georganiseerd. Daarmee worden ook nieuwe transactiekosten veroorzaakt en dan blijft het de vraag, of deze nieuwe transactiekosten die verbonden zijn aan de markt per saldo en aan het einde van de rit wel lager zijn dan de oude transactiekosten die door de bureaucratie worden veroorzaakt. Als dat onverhoopt niet het geval blijkt te zijn is het middel van marktwerking zoals gezegd erger dan de kwaal, bureaucratie.

Marktwerking geeft de macht terug aan de klanten!

In de gezondheidszorg (maar dat geldt ook voor het onderwijs!) kan binnen de publieke sector en binnen de non profit-sector worden geconcurrereerd met behulp van vouchersystemen, cliëntgebonden budgetten (de zogeheten ‘rugzakjes met geld’ waarvan de besteding niet vrij maar gebonden is), of zelfs gedeeltelijk of volledig vrij besteedbare vraagsubsidiëring. Met al deze instrumenten wordt niet langer het aanbod gesubsidieerd, maar de vraag gefaciliteerd. Natuurlijk gaat het daarbij om gedifferentieerde toepassing. Voor chronische ziekten ligt het wat moeilijker en zal het wellicht toch anders moeten, maar dan blijven er nog meer dan genoeg toepassingsmogelijkheden over.

Op deze manier worden publieke dienstverleners gedwongen om ‘maatschappelijke ondernemingen’ (zie De Waal, 2000) te worden, die hun diensten moeten afzetten op een (echte of quasi-)markt van vragers en daarmee hun inkomsten moeten verwerven. Daarmee zijn zij niet ook langer afhankelijk van hun voormalige sponsor, de subsidiërende overheid, maar worden zij gedwongen tot meer klant- en marktgerichtheid. Op die manier wordt de zeggenschap over deze voorzieningen weer teruggegeven aan de klanten. Bijbehorende trefwoorden zijn ‘empowerment’ en ‘value for money’. Bovendien worden er op deze manier meer efficiëntieprikkels in het systeem ingebouwd.

Maar er zijn ook toezichthouders nodig...

Of wij nu het privatiseringstraject helemaal tot aan het einde toe door-exerceren (echt marktbedrijf onder concurrentie), of slechts tot halverwege (interne of externe verzelfstandiging tot agentschappen of zelfstandige bestuursorganen): in alle gevallen is een toezichthoudende instantie nodig tussen het ministerie (de overheid als beleidsbepaler en als opdrachtgever) en de uitvoerende instellingen (de echte of quasi-markt). Dat kan in algemene sectoren de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) zijn, maar in specifieke sectoren ook specifieke toezichthouders, afhankelijk van de sectorspecificiteit van de vigerende technische en marktproblemen. Specifieke toezichthouders kennen wij van oudsher in de financiële wereld (De Nederlandsche Bank, de Pensioen- en Verzekeringskamer en meest recent de Autoriteit Financiële Markten als opvolger Stichting Toezicht Effectenverkeer STE, die alle ook nauw met elkaar samenwerken). Verder zijn er de DTe voor de elektriciteitssector (nog onderdeel van de NMa) en de OPTA voor de telecommunicatie. Tenslotte kennen wij de klassieke Inspecties voor het onderwijs, de gezondheidszorg, de volkshuisvesting, het milieu en de landbouw (AID).

De algemeen-bestuurlijke trend is dat beleid en uitvoering steeds meer uit elkaar worden getrokken. Privatisering past in die trend en dan worden toezichthouders steeds belangrijker. De beleidsmakers bepalen nog steeds de spelregels, maar de toepassing ervan wordt in handen gelegd van toezichthouders op afstand van het beleid. Daarmee wordt een noodzakelijke buffer gelegd tussen beleid en uitvoering en wordt de politiek beschermd tegen de verleiding, om rechtstreeks in te grijpen in individuele gevallen en weer regel te maken van uitzonderingssituaties. De toezichthouders dienen een duidelijke algemene taakopdracht van de overheid mee te krijgen. Bovendien moeten zij als nieuwe 'marktmeesters' over de nodige economische en juridische expertise te beschikken of die te ontwikkelen. Voor dit laatste doel hebben de gezamenlijke toezichthouders nog niet zo lang geleden een heus opleidingsinstituut opgericht, de 'Inspectieacademie'. Bovendien is er ook een daarop toegesneden beroepsvereniging opgericht: VIDE geheten.

...en een andere manier van besturing!

Dan blijft er een groot besturingsprobleem over. In zijn oratie wijst Theo Camps (2001) er nog eens op dat wij met de verdere ontwikkeling van meer marktwerking en privatisering (zoals vervat in de MDWK-operatie Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit) groeien in de richting van complexe en horizontaal georganiseerde beleidsnetwerken (en dat is iets anders dan de bekende infrastructuurnetwerken!) van publiek-private relaties. Succes of falen van overheidsbeleid in een beleidsnetwerksituatie kan dan niet langer worden toegeschreven aan één enkele beleidsactor in dat netwerk, maar is het resultaat van het totaalfunctioneren van dat netwerk. Dan groeit ook de behoefte aan een eindverantwoordelijke netwerkregisseur.

Hier ligt een nieuwe en andere taak voor de overheid in plaats van die van de klassieke publieke dienstverlener. De overheid is niet langer verantwoordelijk voor de inhoud van het resultaat, maar uitsluitend voor het feit dat er een ordentelijk resultaat tot stand komt. In plaats van voor de dienstverlening zelf draagt de overheid verantwoordelijkheid voor een ordentelijke organisatie van het dienstverleningsnetwerk. Eerder heb ik dat in mijn oratie (2000) in navolging van In 't Veld de rol van de 'overheid als procesarchitect' genoemd, die verantwoordelijk wordt voor de 'procesarchitectuur' van het netwerk. Dat vergt andere sturingsrelaties (tweezijdige en horizontale economische transacties in plaats van eenzijdige en verticale en juridische bevoegdheden) en ook andere verantwoordelijkheidsmechanismen (afspraken vooraf, inspectie tussentijds, verantwoording achteraf).

Nu zijn wij al aardig onderweg met zo'n nieuwe besturingsfilosofie, maar de makke is toch een beetje dat zodra er zich een probleem voordoet de beleidsmakers terugvallen op de klassieke Pavlov-reaktie, dat dat de schuld van de markt is en dat de overheid dat probleem dus maar moet oplossen. Te vaak en te gemakkelijk wordt dan buiten beschouwing gelaten, dat het probleem wel eens zou kunnen worden veroorzaakt door te weinig marktwerking of door verkeerde marktwerking, in plaats van door te veel marktwerking!

Maar hoe zit het dan met preventie?

Tenslotte is er nog het klassieke probleem in de gezondheidszorg: de preventie. Mensen leiden in het algemeen aan myopische vertekening, maar in het bijzonder als het gaat om onze gezondheid, om zaken van leven, ziekte en dood, zijn wij allen bijziend. Wij zijn geneigd kleine risico's te overschatten (SARS!) en grote risico's te onderschatten (longkanker!). Zolang wij gezond zijn hebben wij een korte tijdshorizon, maar als wij ziek zijn wordt die tijdshorizon langer. Naarmate wij zieker zijn wordt die tijdshorizon steeds langer, maar dan is het vaak te laat: 'had ik maar...'. Wij laten ons verleiden tot risicogedrag met de drogredenering 'dat het mij toch niet zal overkomen, hoogstens een ander'. En dat is het ook nog eens de pest dat risicogedrag vaak gepaard gaat met grote verslavingseffecten: roken, drinken, drugs en verkeerd eten. De prijselasticiteit van de vraag is bij zulke 'verslavingsgoederen' veel kleiner dan 1. Voor alcoholgebruik ligt die op 0,4 en voor roken op 0,6 (met dank aan collega Groot voor het verstrekken van deze informatie). Dan helpen zelfs extreme prijsmaatregelen zoals een krokettenaccijns naar mijn mening niet genoeg.

Als wij eenmaal verzekerd zijn hebben wij de neiging om ons riskanter te gedragen: 'je bent er immers toch voor verzekerd!'. In de verzekeringseconomie staan dit soort problemen bekend als 'moral hazard' en 'adverse selection'. Preventie moeten wij dus organiseren en dat betekent dat vooral de 'prikkelstructuur' op de ziektekostenverzekeringenmarkt zodanig in elkaar zal moeten worden gestoken, dat verzekeraars er een groot (financieel) belang bij krijgen om preventiemaatregelen te nemen en te belonen en dat de verzekerden via de ziektekostenpremie verleid worden tot gezonder gedrag. Hierbij zal de wortel beter werken dan de stok, maar er zal toch een optimale combinatie moeten worden gezocht van straffen en beloningen, met bijzondere toesnijding op specifieke doelgroepen.

Opnieuw kan de verzekeringseconomie ons daarbij een handje helpen: denk eens aan de bonus/malus-systematiek bij de auto- en brandverzekeringen. Alweer: het gaat natuurlijk om een gedifferentieerde hantering hiervan. Onderscheid zal moeten worden gemaakt tussen chronische en andere ziekten en tussen meer genetisch bepaalde en meer gedragsgerelateerde ziekten. Vandaar mijn opmerking over toesnijding op specifieke doelgroepen.

Wat staat ons dus te doen in de zorg?

Dat alles levert een volle beleidsagenda voor de gezondheidszorg op. Wij staan nog maar aan het begin van de revolutie! Ik noem de volgende punten.

1. Vertrouw op de competentie van mondige en geëmancipeerde burgers, ook en juist in de gezondheidszorg! Naarmate het opleidingsniveau stijgt en de kenniseconomie opmarcheert, is er steeds minder behoefte aan een paternalistische overheid en aan paternalistische beleidsmakers. De betweters in Den Haag worden daarbuiten steeds minder serieus genomen en dat is maar goed ook!
2. Maak de markt transparant en zorg voor zo goed mogelijke informatie, opdat zowel vragers als aanbieders in de zorg betere keuzes kunnen maken. Alleen dan kunnen cliënten hun echte consumentenpreferenties onthullen en alleen dan kunnen die dienen als richtsnoer

voor het producentenaanbod. Benchmark-gegevens over wachtlijsten, succes/faal-ratio's en andere cruciale informatie kunnen eenvoudig op het Internet worden geplaatst en bijgehouden. Op deze manier kunnen cliënten alternatieven met elkaar vergelijken en in een logische voorkeursordening plaatsen (voor de kenners zijn dit de eisen van 'comparibiliteit' en 'transitiviteit' uit de logica!).

3. Zorg dat er voor de cliënten ook daadwerkelijk iets te kiezen vált. Voer zo ver mogelijk en zo consequent mogelijk de vier genoemde varianten van marktwerking in de zorg in: allerlei vormen van echte of quasi-concurrentie en echte of quasi-prijzen, interne markten en afrekenen op afspraak. Durf er mee te experimenteren en durf er van te leren. Allerlei bezwaren zullen dan gebaseerd blijken te zijn op koudwatervrees, ideologische vooringenomenheid en zelfs plat economisch eigenbelang.
4. Organiseer de preventie door een specifieke prikkelstructuur op de ziektekostenverzekeringenmarkt, waarbij ziektekostenverzekeraars financieel gewin ontdekken en verzekerden door een bonus/malus-systeem tot gezonder leefgedrag worden verleid. Noodzakelijke voorwaarde is natuurlijk wel dat er voldoende concurrentie op de ziektekostenverzekeringenmarkt heerst en ook hier is dus een actieve mededingingspolitiek gewenst.
5. En het allerbelangrijkste: ontwikkel een andere rol voor de overheid. Niet roeien maar sturen is het nieuwe parool. De overheid kan veel beter fungeren als procesarchitect, eindregisseur en facilitator, dan als dienstverlener en zorgverlener. Dat laatste doen wij zelf wel en dat kunnen wij ook veel beter, daar hebben wij de overheid niet voor nodig!

Kortom: werk aan de winkel. Laten wij daarom aan de slag gaan!

Gebruikte literatuur:

Th.W.A. Camps, *Bij het scheiden van de markt. Symbiose en antibiose in publiek-private relaties*, oratie Katholieke Universiteit Brabant 15 juni 2001, Assen 2001.

S. Connolly and A. Munro, *Economics of the Public Sector*, London etc. 1999.

F. Kalshoven, Paul Kalma wil de consumentenmacht niet snappen, in *De Volkskrant*, Het Spel en de Knikkers, 30 juni 2001.

J. LeGrandt and W. Bartlett, *Quasi-Markets and Social Policy*, Basingstoke and London 1993.

J.G.A. van Mierlo, *De wereld gaat aan beleid ten onder.... Over beleidsfalen in de publieke sector en wat daar aan te doen*, oratie Universiteit Maastricht 29 juni 2000, Maastricht 2000.

E.J. Mishan, *The Costs of Economic Growth*, London 1968.

R.A. Musgrave, *A Theory of Public Finance*, New York etc. 1959.

RVZ, *Advies Van Patiënt tot Klant*, Zoetermeer 2 september 2003.

S.P.M. de Waal, *Nieuwe strategieën voor het publieke domein. Maatschappelijk ondernemen in de praktijk*, Alphen aan den Rijn 2000.

K. Walsh, *Public Services and Market Mechanisms. Competition, Contracting and the New Public Management*, Basingstoke and London 1995.

Ch. Wolfe, *Markets or Governments. Choosing between Imperfect Alternatives*, second revised edition, Cambridge 1993.